

Dr. Juliana R. Bermudez

Welcome to Elite Dental. We appreciate you choosing our office for your health care needs. Please complete this information as much as you can and read and sign where indicated.

Bienvenidos a Elite Dental. Apreciamos que usted escogiera nuestra oficina para sus necesidades m3dicas. Por favor llene esta informaci3n lo mas que pueda y lea y firme donde se le indique.

A. PATIENT INFORMATION- Informaci3n del Paciente

Patient's Name: _____ **Date of Birth:** ____/____/____ **Sex:** M F **Age:** ____
Nombre del Paciente: (Last/Apellido), (First /Nombre), (Middle Initial/Inicial). Fecha de Nacimiento: Sexo: Edad:

Marital Status: _____ **Social Security #:** _____ - _____ - _____ **Driver's License #:** _____
Estado Civil: Numero de Seguro Social: Numero de Licencia de Conducir:

Address: _____
Direccion: (House #/ # Casa) (Street Name/Nombre de la Calle) (Apt #/ # Apt) (City/ Ciudad) (State/ Estado) Zip Code

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Email Address:** _____
Tel3fono de la casa: # de Celular: : Direcci3n de Correo Electr3nico:

Current Place of Employment: _____ **Work Phone:** _____ **Ext:** _____
Lugar de Empleo: # de Tel3fono de Trabajo: Extensi3n:

Occupation: _____ **Race:** _____ **Ethnicity:** _____ **Language Preference:** _____
Ocupaci3n: Raza Etnicidad/Lugar de procedencia Preferencia de Lenguaje:

If the patient is a MINOR, please tell us patient's parent or legal guardian's name: _____
¿Si el paciente es menor de edad, quien el padre o tutor encargado?:

If child is a Full-Time Student, What is their School's name: _____ **Grade:** _____
¿Si es estudiante de tiempo completo, cual es el nombre de su escuela? Grado

In case of EMERGENCY, notify: _____ **Phone #:** _____
En caso de una EMERGENCIA, notifica a: # de Tel3fono:

Who may we thank for referring you to our office for care? _____
¿A qui3n le agradecemos por haberle referido a nuestra oficina para su cuidado dental?

Has any member of your family been to our office? Yes No **Do you have Dental Insurance? If Yes fill Side B:** Yes No
¿Alg3n miembro de su familia ha visitado nuestra oficina anteriormente? (Si) ¿Tiene Seguro Dental? Si tiene seguro llene parte B. (Si)

B. DENTAL INSURANCE INFORMATION- Informaci3n de Seguro Dental

Name of Ins. Company: _____ **Group #:** _____ **Member ID #** _____
Nombre de Seguro Dental: # de Grupo: # de Miembro:

Name of Insured Person: _____ **Date of Birth:** ____/____/____ **Social Security #** _____ - _____ - _____
Nombre de Persona Asegurada: Fecha de Nacimiento: # de Seguro Social:

Relationship to Patient: _____ **Place of Employment:** _____
Relaci3n al Paciente: Lugar de Empleo:

Occupation: _____ **# of Years Employed:** _____ **Work Phone:** _____ **Ext:** _____
Ocupaci3n # de a3os empleado: # de Tel3fono de Trabajo: Extensi3n:

C. CONSENT FOR RELEASE HEALTH INFORMATION- Hoja de Consentimiento Sobre su Informaci3n de Salud

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. The rights are given to me under the Health Insurance Portability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent I authorize you to use and disclose my protected health information to carry out:

- Treatment (including direct or indirect treatment by other healthcare providers involved in treatment.
- Obtaining payment from third party payers. (e.g. my insurance company)
- The day-to-day healthcare operations of your practice.

I have also been informed, of, and give the right to review and secure a copy of your Notice of Privacy Practices, which contains a more complete description of the used and disclosures of my protected health information, and my rights under HIPAA.

Yo entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad en relaci3n a mi informaci3n de salud. Estos derechos se me han otorgado bajo el " Health Insurance Portability Act" de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento yo les autorizo a usar y divulgar mi informaci3n de salud para llevar a cabo lo siguiente.

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto que realice otro proveedor de cuidado de la salud envuelto en mi tratamiento.
- Obtener pago de terceros (ej. Mi compa3a aseguradora)
- Las operaciones diarias de la pr3ctica del cuidado de salud.

Yo tambi3n he sido informado de, y me han dado el derecho de revisar y recibir una copia de sus Notas de Privacidad de la Practica, que contiene una descripci3n m3s completa de los usos y divulgaci3n de mi informaci3n de salud protegida, y mis derechos bajo HIPAA.

Patient, Parent, or Legal Guardian's Signature
Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal:

Printed Name
Escriba su Nombre en Letra de Molde:

Date
Fecha:

F. OFFICE POLICIES- Pólizas de la Oficina

METHODS OF PAYMENT

All dental treatments are **PAID BEFORE** seeing doctor. We accept cash, money orders, debit cards, and credit cards such as **VISA, MASTER CARD, and DISCOVER**. As of December 1, 2008 we are not accepting personal checks. Our office charges a \$ 50.00 fee for each check returned by your financial institution. We also offer financing options for treatment plans costs exceeding \$ 1,000.00.

DENTAL INSURANCE

Your dental insurance policy is a **contract** between **you** and your **insurance company**. It is impossible for us to know every insurance policy plan. It is your responsibility to know your benefits and keep track of your coverage. **We require you to notify us of any changes in your insurance benefits at least 48 hours prior to your appointment.** Failure to do so may result in out-of-pockets expenses to you.

Our fees reflect our excellent level of care. They are fair and reflect our high dental standards. Your insurance is a benefit meant to supplement your dental treatment needs. Please be aware that not all insurance companies cover all procedures. All estimated co-payments and deductibles are due at the time services are rendered. Any balance not paid by the insurance company within SIXTY (60) days of the date of service, will become the responsibility of the patient or legal guardian. Any patient without insurance must pay in full when services are rendered. We reserve the right to submit any unresolved account balance over 90 days old to a credit reporting agency (Equifax). Please note that we do not bill secondary dental insurance of handle any type of third party billing.

APPOINTMENTS

We require at least **24-48 hours** notice to cancel or reschedule an appointment. Failure to provide notice will result in a **\$ 45.00 broken appointment fee**. We attempt to reach all patients as a courtesy to confirm appointments, but it is ultimately your responsibility to remember the appointment you have reserved. Patients arriving **15 or more minutes late** after their scheduled appointment time are subject to rescheduling in consideration to our patient's and dental staff.

DUPLICATION (COPY) OF RECORDS AND X-RAYS

In order to receive copy of x-rays and records we require for you to notify **3-5 business days**. There is a duplication fee of **\$ 10.00** for records or x-rays.

MINOR AGE PATIENTS

For the safety of all parties involved, **no minor children (under the age of 18)** will be seen for treatment unless a legal guardian or parent is present in the office unless the office has a signed release form on file in the minor patient's chart. **No exceptions.**

I have thoroughly read and understand the office policies and final procedures and agree to the terms.

METODOS DE PAGO

Todos los tratamientos dentales DEBEN PAGARSE antes de ver al doctor para tratamiento. Los métodos de pagos aceptados son en efectivo, money orders, tarjetas de débito, y tarjetas de crédito como **VISA, MASTER CARD y DISCOVER**. Desde Diciembre 1, 2008 nuestra oficina no acepta cheques personales. Nuestra oficina carga \$ 50.00 por cada cheque devuelto por su institución financiera. Ofrecemos opciones de financiamiento para tratamientos dentales que excedan \$ 1,000.00.

SEGURO DENTAL

Su **póliza de seguro dental** es un **contrato** entre **usted** y su **compañía aseguradora**. Es imposible para nosotros saber o conocer todos los beneficios dentales de todas compañías aseguradoras. Es su responsabilidad conocer sus beneficios y mantener record de su cobertura. **Se requiere que usted nos notifique 48 horas antes de su cita si hay algún cambio en su seguro dental.** Si usted falla en hacerlo, resultara en que usted deberá pagar todos los costos de su visita de su bolsillo.

Nuestros precios reflejan nuestro excelente nivel de cuidado dental. Son justos y reflejan nuestros altos estándares de cuidado dental. Los beneficios que su aseguradora le ofrece sirven para suplementar los tratamientos dentales que usted necesite. Por favor recuerde que no todas las aseguradoras dentales cubren el costo de todos los procedimientos necesitados. Todos los co-pagos estimados o deducibles deben pagarse al momento de recibir servicio. Cualquier balance que su compañía de seguro no haya pagado en 60 días después de la fecha en que se le brindo servicio, se convertirá en la responsabilidad del paciente. Cualquier paciente que no tenga seguro tendrá que pagar su tratamiento complete antes que se le brinde servicio. Nos reservamos el derecho de someter cualquier cuenta que tenga un balance pendiente de más de 90 días, a una agencia de crédito (Equifax). Por favor, note que nosotros no mandamos cobros a aseguranzas secundarias ni manejamos ningún tipo de cobro a terceras partes.

CITAS RESERVADAS

Requerimos que nos notifique con **24-48 horas** de anticipación si necesita cancelar o hacer un cambio en su cita reservada. Si usted falla en notificarnos resultará en un cobro de **\$ 45.00 por cargos de cancelación**. Nosotros regularmente intentamos llamar a nuestros pacientes como cortesía a recordar sus citas reservadas, pero es su responsabilidad recordad la cita que usted ha reservado. Todo paciente que llegue **15 minutos o más** después de su cita está sujeto a cambiar de fecha o hacer otra cita en consideración a nuestras pacientes y personal dental.

DUPLICACION (COPIAS) DE EXPEDIENTES O RADIOGRAFIAS

Para obtener copias de su expediente dental o radiografías requerimos que se nos notifique **3-5 días laborales**. Hay un cargo por la copia del expediente o radiografías de **\$ 10.00**.

PACIENTES MENORES DE EDAD

Por la seguridad de todas las partes involucrada, **ningún menor de 18 años se atenderá** o se le brindara tratamiento a menos que su tutor o padre este presente, a menos que en el expediente haya una forma de relevo de responsabilidad firmada por el padre o tutor del paciente. **No habrá excepciones.**

He leído completamente y entiendo las pólizas y procesos financieros y estoy de acuerdo con estos términos.

Patient, Parent or Legal Guardian's Signature

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal:

Date

Fecha:

D. MEDICAL HISTORY- *Historial Medico*

Physician's Name: _____

Nombre de su Medico:

Physician's Phone #: _____

de Teléfono de su Medico:

Physician's Address: _____

Direccion de su Medico:

Pharmacy Name/#: _____

Nombre y # Telefono de su Farmacia:

Are you taking any medications, pills or drugs? Yes No If yes, List? _____

¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga? (Si) _____

¿Si, toma algún medicamento, pastilla o droga liste? _____

Have you ever had an operation? Yes No If Yes, Describe: _____

¿Ha tenido alguna operación? (Si) _____

Si, ha tenido alguna describe: _____

Please check **Yes** or **No** if you have had any of the following: (If YES to any of the *stared conditions, please call prior to your appointment- Premed may be required) Por favor marque **SI** o **No** si usted presenta o a tenido alguna de estas condiciones : (Si marco **SI** a alguna de las condiciones medicas que tiene una *, llame antes de su cita. Premedicación puede ser requerida)

YES (SI)	NO		YES (SI)	NO		YES (SI)	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Trouble Disease Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood Disease Enfermedad en la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Stent * Stent en el Corazon *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemophilia Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer, Tumors Cancer, Tumores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Murmur * Soplo en el Corazón *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiation Therapy Terapia de Radiación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacterial Endocarditis Endocarditis Bacterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive Bleeding Sangra Excesivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chemotherapy Quimioterapia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irregular Heartbeat Ritmo Cardiaco Irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recent Blood Transfusion Transfusión de Sangre Reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina/ Chest Pain Angina/ Dolores de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leukemia Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcers Ulceras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Attack _____ Year Ataque al Corazón _____ Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lung Disease Enfermedad en los Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach/Intestinal Disease Enfermedad del Estomago/ Intestinos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congenital Heart Disorder Desordenes Congénitos de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Breathing Problems Problemas de Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycemia Hipoglucemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitral Valve Prolapse * Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shortness of Breath Se le Acorta la Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease Enfermedad en el Hígado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever * Fiebre Reumática *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent Cough Tos Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Problems Problemas en los Riñones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artificial Heart Valve * Válvula del Corazón Artificial *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay Fever/ Alergies Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yellow Jaundice Ictericia Amarilla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Pacemaker * Marcapaso *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinus Trouble Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid Disease Enfermedad de la Tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Surgery Cirugia de Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High Blood Pressure Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fever Blisters Ronchas causadas por Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gout Gota
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Low Blood Pressure Presión Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD/ADHD DDA/DDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatism Reumatismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholism Abuso de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A & C (Infectuos) Hepatitis A y C (Infecciosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artificial Joints * (Knee, Hip) Coyunturas Artificiales * (Rodilla, Cadera)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drug Addiction Adición a la Droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smoker Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venereal Disease Enfermedades Venéreas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS Sida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pregnant _____ Months Embarazada _____ ¿Cuantos Meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric Problems Problemas Psiciatricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV Positive VIH Positivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taking Oral Contraceptives Tomando Anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renal Dialysis Diálisis Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Herpes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snoring, Sleep Anea Ronquidos/ Apnea Del Sueño				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genital Herpes Herpes Genital

Do you have any other serious illness not check above? Describe: ¿Tiene alguna otra condición médica seria que no haya mencionado? Describa: _____

Do you wish to talk to the dentist privately about any problem? Yes No

¿Desea hablar con el/ la dentista en privado sobre algún problema? _____

(Si) No

Are you allergic to any of these medications, anesthetics, or substances? Aspirin/ Aspirina Penicillin/ Penicilina Codeine/Codeína

¿Es usted alérgico a alguno de estos, medicamentos, anestesia, o substancia? _____

Metal/Metal Latex Rubber/Latex Anesthetic/Anestecia Acrylic/Acriclico Other, Specify:/Otro, Especifique: _____

To the best of my knowledge, all the proceeding answers are correct. I am responsible to notify the Doctor or Dental Staff of any changes in my medical history or medications in my next appointment. Según mi conocimiento, todas las contestaciones ofrecidas son correctas. Yo soy responsable de notificar al Doctor o Staff si hay algún cambio en mi historial médico o medicamentos en mi próxima cita.

Patient, or Legal Guardian's Signature _____ Date _____

Reviewed by Doctor _____

Date _____

E. DENTAL HISTORY- *Historial Dental*

Date of Last Dental Exam: _____ **Date of Full Mouth X-Ray:** _____ **Where Taken:** _____
Fecha de su Ultimo Examen Dental: Fecha en la que se le tomo los últimos Rayos-X de toda su boca: Donde fueron tomados:

Date of your last cleaning: _____ **Reason for Today's Visit:** Examination Emergency Other: _____
Fecha de su Ultima Limpieza: Razón de su Visita Hoy: Examinación Emergencia Otra Razón:

Please check Yes or No to all of the following questions regarding your dental health: Por favor marque *Si* o *No* a todas las siguientes preguntas relacionadas a su salud dental:

	YES (SI)	NO	Describe:/Describe:
1) Do you have a specific dental problem? <small>¿Tiene algún problema dental en específico?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) Have you had dental procedures have you done in the past? If Yes, what types? <small>¿Se ha hecho procedimientos dentales ha tenido en el pasado? ¿Si, Si cuales tipos?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) Have you ever had any trouble from previous dental care? <small>¿Ha tenido algún problema con algún proveedor dental?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) Are your teeth sensitive to: (Cold, Hot, Sweet, Chewing) <small>Sus dientes son sensitivos al: (Frio, Calor, Dulce, o al Masticar)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) Do you have pain in your jaw or near your ears? <small>¿Siente dolor en su mandíbula o cerca de sus oídos?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) Have you ever had a toothache or a fractured (broken) tooth? <small>¿Ha tenido dolor en sus dientes o se le a fracturado alguno?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) Have you ever had periodontal problems? <small>¿Anteriormente ha tenido usted problemas periodontales?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8) Does loss of teeth run in your family? <small>¿La pérdida de dientes, es común en su familia?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9) Have you seen any sores or growths in your mouth? <small>¿Ha notado alguna roncha o crecimiento en su boca?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10) Have you ever had Novocain, Nitrous Oxide or local anesthetic? <small>¿Alguna vez le han puesto Novocaína, Oxido Nitroso o otra clase de anestesia?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11) Have you experienced a reaction to Any specific type of anesthesia mentioned? <small>¿Ha experimentado alguna reacción con algún tipo de anestésicos mencionadas?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12) Do your gums bleed when brushing? <small>¿Sus encías sangran cuando se cepilla?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13) Do you feel you have bad taste in your mouth or mouth odor? <small>¿Siente mal sabor o mal olor en su boca?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14) Do you like your smile? Why? <small>¿Le gusta su sonrisa? ¿Porque le gusta?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15) Would you change anything about your smile? If Yes, what? <small>¿Cambiaría algo de su sonrisa? ¿Si, Si que cambiaría?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16) Have your ever had braces? <small>¿Ha tenido braces (frenillos)?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17) Do you have a Denture or Partial? <small>¿Tiene una Dentadura o Parcial Removible en su boca?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18)How old are they? _____ 19) Do you like them? _____ <small>¿Cuanto tiempo tienen ? ¿Le gusta?</small>
20) Is there any other problem not covered above that you would like to discuss? <small>¿Existe algún otro problema o condición que no se haya cubierto anteriormente que usted quisiera discutir?</small>			_____

The above information is accurate and complete to the best of my knowledge. I will not hold my dentist or any member of his/her dental staff responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form. I authorize use of this form on all my insurance submissions and release of information to all my insurance carriers. I also authorize payment directly to Elite Dental of the insurance benefits and authorize the doctor to act as my agent in helping me obtain payment from insurance carriers. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. I understand that I am responsible for all costs that this authorization is irrevocable.

La información ofrecida anteriormente es correcta y completa, según mi conocimiento. No hago responsable al Dentista, ni ningún miembro de su personal dental de omisiones o errores que yo haya cometido al completar esta forma. Autorizo el uso de esta forma para todo lo que se someta al mi compañía aseguradora y a revelar información a todos mis proveedores de seguro. Además, autorizo el pago directo de los beneficios de mi compañía aseguradora a Elite Dental y autorizo a mi doctor a actuar como mi representante a ayudarme a conseguir el pago de otros proveedores de seguros. Autorizo a que una copia de esta autorización se utilice en lugar de la original. Entiendo que yo soy responsable y que esta autorización es irrevocable.

Patient or Legal Guardian's Signature
Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal:

Date
Fecha:

Reviewed by Doctor
Firma del Doctor:

Date
Fecha